

# Therapeutische Arbeit mit suizidalen Jugendlichen: die psychodynamische Kurzpsychotherapie (TAPP)

## Psychotherapeutic work with suicidal adolescents: the Time-limited Adolescent Psychodynamic Psychotherapy (TAPP)

Stephen Briggs, Reinhard Lindner

### **Zusammenfassung**

Die "Time-limited Adolescent Psychodynamic Psychotherapy", (TAPP) wird hinsichtlich der theoretisch-psychoanalytischen Fundierung und der praktischen Durchführung vorgestellt. Sie ist eine Form der psychodynamischen Psychotherapie, gerade für suizidale Jugendliche, in der eine übertragungsbasierte, die adoleszente Entwicklung fördernde und suizidale und autodestruktive Beziehungsmuster adressierende therapeutische Beziehung in einem Zeitraum von 21 Stunden angeboten wird. Ein Fallbeispiel erläutert und illustriert diese Behandlungsprinzipien.

*Stichwörter: Kurzpsychotherapie, Adoleszenz, Suizidalität, psychische Entwicklung*

### **Summary**

"Time-limited Adolescent Psychodynamic Psychotherapy" (TAPP) is presented in its theoretical-psychoanalytic foundation and practical implementation. It is a form of psychodynamic psychotherapy, especially for suicidal adolescents, in which a transference-based, adolescent development-promoting therapeutic relationship is performed to address suicidal and self-destructive relationship patterns over a 21-hours period. A case study explains and illustrates the treatment principles.

*Key words: Short-time psychotherapy, adolescence, suicidality, mental development*

Psychodynamische Psychotherapie ist eine der international konzipierten und in verschiedensten Settings durchgeführten Therapieformen bei Suizidalität (Gerisch et al. 2000, Fiedler et al. 2007, Lindner et al. 2016). Dabei ist, gerade aufgrund der schnellen Verfügbarkeit und der Fokussierung auf ein zentrales, lebenserhaltendes Thema die Kurzpsychotherapie bei akuter und chronischer Suizidalität erprobt, wenngleich die Schwere der zugrundeliegenden Störung gerade bei Suizidalität auch für eine Langzeittherapie spricht.

Im Folgenden soll ein Modell der psychodynamischen Kurzpsychotherapie vorgestellt werden – in Englisch: Time-limited Adolescent Psychodynamic Psychotherapy (TAPP) – und ihre Anwendung auf die Arbeit mit suizidalen Jugendlichen erläutert werden. Das Modell wird beschrieben und zudem dargestellt, wie es für die therapeutische Arbeit mit suizidalen Jugendlichen anwendbar ist. Gezeigt wird, wie Suizidalität in der Adoleszenz

psychodynamisch konzipiert werden kann und wie diese Konzeptualisierung mit den Zielen und Inhalten der zeitlich begrenzten Behandlung übereinstimmt. Der therapeutische Prozess wird mit einem Fallbeispiel veranschaulicht.

Es gibt unterschiedlich gewichtete Argumente für eine zeitlich begrenzte Psychotherapie. Dienstleistungen mit reduzierten Ressourcen nutzen zeitliche Begrenzungen, um steigende finanzielle, organisatorische und versorgungsrelevante Anforderungen zu bewältigen. Ein strukturierter zeitlich begrenzter Ansatz passt aber auch zu den Bedürfnissen vieler Jugendlicher, die oft unsicher sind, ob sie sich in eine therapeutische Beziehung begeben wollen und eine zeitlich unbegrenzte Verpflichtung wie eine Falle empfinden können. Dies kann zu Enactments (Jacobs 2000) oder Handlungsdialogen (Klüwer 2001) führen, einschließlich des Abbrechens der Behandlung. Bei der Arbeit mit Jugendlichen konnte festgestellt werden, dass der strukturierte Ansatz von TAPP für Jugendliche, deren Leben gerade unstrukturiert ist, hilfreich sein kann, da der Übergang durch die Adoleszenz zum Erwachsenenalter - in den meisten gegenwärtigen sozialen Kontexten – durch Unsicherheit und verwirrende Strukturen gekennzeichnet ist (Briggs 2002, Anderson 2012). Überhaupt in einer Therapie zu sein, kann auch einen widersprüchlichen Zustand schaffen, in dem der Jugendliche mit einem starken Sinn für Unabhängigkeit und Eigenständigkeit in ein neues Abhängigkeitsverhältnis zurückgeworfen wird. Ambivalenz zeigt sich oft ganz konkret in der Bewegung der Füße des Jugendlichen, die ihn häufig, trotz allem, was verbal gesagt wird, in Richtung zur Therapie oder „auf und davon“, weg aus der Therapie tragen. Um die Adoleszenz zu verstehen ist es wichtig, nicht nur die Worte, sondern nonverbale Zeichen, also auch die Füße im Blick zu behalten. Der in dieser Arbeit beschriebene Behandlungsfall dient einer klinisch-praktischen Vorstellung, wie eine übliche TAPP abläuft, indem die einzelnen Phasen der Behandlung genau beschrieben werden.

### **Die Ursprünge, die Entwicklung und die therapeutischen Ziele von TAPP**

TAPP wurde im Adolescent Department der Tavistock Clinic, London entwickelt. TAPP ist eine manualisierte Psychotherapie (Briggs 2013). Sie wird in Großbritannien und andernorts überwiegend in Kinder- und Jugendpsychiatrien (CAMHS) (Briggs et al. 2015), in anderen Institutionen für junge Erwachsene, in Bildungseinrichtungen und in niedergelassenen Praxen eingesetzt. Eine Ausbildung für qualifizierte und erfahrene psychodynamische Praktiker, die zur Qualifizierung als TAPP-Praktiker führt, wurde vom British Psychoanalytical Council akkreditiert.

TAPP entstand aus der klinischen Erfahrung im Adolescent Department der Tavistock Clinic, dass einige junge Menschen, oft mit komplexen Bedürfnissen und Schwierigkeiten von einer Intervention profitieren können, die eine definierte Dauer hat, und dass es Situationen gab, bei denen das Angebot einer zeitlich offenen Therapie als erschreckend oder einschüchternd empfunden wurde. Ein erstes Ziel war es, zu prüfen, ob ein zeitlich begrenzter Ansatz ein effektiveres Engagement in der Therapie für diese jungen Menschen ermöglichen könnte. Der Ansatz stützte sich zunächst auf das Modell und die Methoden, die David Malan (1976)

in der Tavistock-Clinik für Erwachsene anwandte. Im Laufe der Entwicklung des Modells wurde deutlich, dass der Prozess der Verhandlung des Zeitrahmens und der Fokus der Therapie das aktive Engagement junger Menschen in die Behandlung förderte und dass die so geschaffene Struktur im Gegensatz zu den oft unstrukturierten und sogar fragmentarischen Erfahrungen steht, die junge Menschen während des langen Übergangs zum Erwachsenenalter in aktuellen gesellschaftlichen Kontexten haben.

Neben diesen Überlegungen gab es auch die Erkenntnis, dass andere therapeutische Modalitäten - insbesondere kognitive Ansätze - zeitlich begrenzte Methoden verwenden und als kostengünstiger als längerfristige psychodynamische Methoden angesehen werden können; daher war es das Ziel, in der aktuellen Wirtschaftslage im Gesundheitswesen ein Therapiemodell zu entwickeln, das zum Überleben der psychodynamischen Ansätze beitragen und diese zum Nutzen der Jugendlichen breiter zugänglich machen könnte.

Die Kernstruktur von TAPP besteht aus 4 wöchentlichen diagnostischen und vorbereitenden Sitzungen, gefolgt von wöchentlichen Sitzungen als Behandlung und dann einem Nachsorgemeeting, in der Regel 6-8 Wochen nach Beendigung der Behandlung. 16 Sitzungen der eigentlichen therapeutischen Arbeit sind dabei die Norm, bieten genügend Zeit für die Arbeit an einem Fokus und zur Entwicklung eines bedeutungsvollen therapeutischen Prozesses, der bis zur Beendigungsphase auch durchgearbeitet wird. Gerade die Zeit des Abschiednehmens aus der therapeutischen Beziehung ist besonders wichtig, denn in ihr wiederholen sich adoleszente Entwicklungsthemen rund um die Ablösung von elterlichen Objekten und die Lösung kindlicher Formen der Beziehungen und die Entwicklung erwachsenerer Beziehungsmodi mit sich selbst und anderen. Die TAPP zeichnet sich dadurch aus, dass problematisches jugendliches Verhalten als Störung des jugendlichen Entwicklungsprozesses angesehen wird. Das Ziel der Behandlung ist, *gemeinsam* mit dem Patienten zu arbeiten, einen Entwicklungsschwerpunkt zu identifizieren und ihn immer wieder zu adressieren.

TAPP zielt nicht darauf ab, alle Probleme in 21 Sitzungen zu heilen oder zu lösen. Das entspräche einer „omnipotenten“ Grundhaltung des Therapeuten. Stattdessen zielt TAPP darauf ab, die Bedingungen zu schaffen, unter denen der adoleszente Entwicklungsprozess das psychosoziale Wachstum nach der Therapie weiter unterstützen wird. Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit liegt darin, Wege zu finden, wie der Entwicklungsprozess des Jugendlichen wiederhergestellt, re-energetisiert und von den Zwängen der pathologischen Selbstanteile befreit werden kann. Dies geschieht basierend auf dem Verständnis, dass der adoleszente Entwicklungsprozess eine starke Kraft für Wachstum und Veränderung ist. Dies geschieht durch die Arbeit mit einem entwicklungspsychologischen Fokus, der jeweils gemeinsam vereinbart wurde. Durch die Arbeit mit diesem Fokus entwickeln Jugendliche ein Gefühl, mehr in der Lage zu sein, ihre emotionalen, beziehungsmäßigen und sozialen Realitäten zu handhaben. Symptomminderung kann ein Ergebnis sein und in manchen Fällen können sich die Symptome auch relativ schnell auflösen. Auf der anderen Seite können

einige Patienten ihre Schwierigkeiten deutlicher wahrnehmen, speziell jene, die die Therapie mit projektiven oder distanzierenden Abwehren beginnen, dazu auch die Gefühle und Gedanken, die sie dabei begleiten. In diesem Sinne tendiert TAPP, wie viele andere psychodynamische Therapien dazu, die Wahrnehmung des Leidens zu verstärken, nicht unbedingt zu mindern (Lemma et al. 2011).

Der therapeutische Wandel zeigt sich in einem stärkeren Engagement in beziehungsmaßige und emotionalen Erfahrungen, so dass der junge Mensch mehr „ein Handelnder“ wird in seiner internen, zwischenmenschlichen und sozialen Welt, begleitet von reicherem, kohärenterem verbalen Ausdruck seiner Selbst und einem reflektierten Bewusstsein, vielleicht mit der Fähigkeit zur Ironie, als einem höheren Muster der Abwehr. Jugendliche Patienten interessieren sich so für den therapeutischen Prozess selbst und sind sich ihrer Entwicklung bewusst und auch daran interessiert: "Eines der Ergebnisse ist das Engagement der Jugendlichen in dem kontinuierlichen Projekt ihrer Selbstentwicklung, die Entwicklung ihrer Subjektivität und ihres Bewusstseins für ihre Emotionalität" (Briggs und Lyon 2011, S. 423). Daraus folgt, dass ein gutes Ergebnis einer TAPP für einige Jugendliche ein Interesse an einer weiteren Psychotherapie sein kann, entweder kurz nach der TAPP-Intervention oder zu einem späteren Zeitpunkt. Dies wird in der TAPP-Therapie vorbereitet und auch bei der Follow-up-Untersuchung angesprochen.

Obwohl die psychischen Bedürfnisse junger Menschen als hohe Priorität anerkannt werden und ihre therapeutischen Bedürfnisse ausgeprägt sind, gibt es nur sehr wenige nachgewiesene psychologische Therapien für diese Altersgruppe. Es gibt eine lange Tradition der Kurztherapie für Erwachsene (Malan 1976, Davanloo 1980, Mann 1973, Strupp and Binder 1984, Stadter 2009, Lemma, Target, & Fonagy, 2011), aber mit Ausnahme von Shefler (2000) gibt es erst seit kurzem Modelle für Jugendliche wie die Mentalisation Based Therapy (MBT) (Rossouw & Fonagy, 2012) und die Short-Term Psychodynamic Psychotherapy (Catty et al 2016). TAPP zeichnet sich durch seine Ursprünge in der Jugendpsychotherapie aus und legt den Schwerpunkt auf das Ziel, den Entwicklungsprozess in der Adoleszenz über den gesamten jugendlichen Altersbereich bis über 18 Jahre hinaus zu verändern.

### **Therapeutischer Prozess in der TAPP**

TAPP kombiniert vier Schlüsselemente:

1. intensiv psychoanalytisch arbeiten, einschließlich der Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung
2. Bereitstellung eines „adoleszenz-zentrierten“ Ansatzes zur Erleichterung des Engagements des Jugendlichen und eines gemeinschaftlichen therapeutischen Klimas
3. Entwicklung eines psychosozialen Ansatzes, um vor allem mit zeitgemäßen jugendlichen Kontexten und Kulturen zu arbeiten
4. dynamisch mit Zeitbegrenzungen arbeiten

Der Therapeut<sup>1</sup> nimmt eine, den vier Schlüsselementen entsprechende psychotherapeutische Haltung ein und entwickelt einen therapeutischen Raum sowohl für unterstützende als auch fördernde Möglichkeiten der Selbsterforschung, wie bei längerfristigen Psychotherapien auch. Die Durchführung der TAPP-Therapie ist in der Regel eine intensive Erfahrung für den Therapeuten. Die Unterstützung durch die Supervision / Interventionsgruppe ist dabei ein wesentlicher Bestandteil des Modells. Die Supervision fokussiert auf die Bedeutung der emotionalen Erlebnisse des Therapeuten, der unter einem intensiven Druck der jugendlichen Emotionalität steht und sich in einem „Halbschatten der Unklarheiten“ aufhalten muss. Wichtig ist, dass der Therapeut dynamisch mit den zeitlichen Grenzen arbeitet, sowohl praktisch, um die Anzahl der verfügbaren Sitzungen zu verwalten, als um die Erforschung der Bedeutung der zeitlichen Begrenzung für den jungen Menschen im therapeutischen Prozess zu ermöglichen. Die Wirksamkeit von TAPP stammt aus der Wiederholung, in der Übertragung, der Erfahrungen der Jugendlichen, immer eigenständiger zu werden und zugleich in einer erwachseneren Weise auf andere bezogen zu sein. Der Therapeut arbeitet also mit den Qualitäten der Objektbeziehungen, der Abwehren und der Ängste, die die Kämpfe, Konflikte und das Wachstum der Jugendlichen in der Zeit der adoleszenten Entwicklung charakterisieren. Die Kernentwicklungsprobleme – immer eigenständiger zu werden, im Besitz eines sexuell erwachsenen Körpers zu sein, mit eigenen Gedanken, Trieben und Impulsen mit zunehmend kraftvolleren physischen und kognitiven Fähigkeiten ausgestattet zu sein – werden in der Übertragung erlebt und werden durch den zeitlichen Rahmen der Therapie gefühlt und beobachtet. Auf diese Weise ist die Bedeutung von Zeit und Zeitbegrenzung zentral für den Prozess des Wandels und des Wachstums.

Der Therapeut entwickelt eine aktive, aufmerksame und empathische Haltung, um die Verbindung mit dem jugendlichen Patienten zu erleichtern und sich auf die "dazwischen liegenden" Geisteszustände des Jugendlichen zu konzentrieren. So kann er eine Position einnehmen, aus der er sowohl Sorgen an- als auch aufnimmt, die aus den Wünschen des Jugendlichen nach emotionaler Unterstützung durch einen erwachseneren Anderen stammen. Zugleich kann er auf aufdringliche oder infantilisierende Interventionen verzichten, die eine zerstörerische Wirkung auf die sich entwickelnde Unabhängigkeit und Getrenntheit haben können. Der Therapeut kümmert sich um diese Fragen durch die Art und Weise, wie die Struktur der Therapie behandelt wird und auch darin, wie er sich auf den Patienten in den Sitzungen bezieht. In der Praxis bedeutet dies, einen Raum zum Nachdenken zu schaffen und sich reaktionsfähig zwischen erwachsenen und mehr kindähnlichen Zuständen zu bewegen, wie sie in den Sitzungen auftreten. Der Therapeut zielt darauf ab, vom Patienten nicht nur in Beziehung zu seinen erwachsenen-ähnlichen Zuständen identifiziert zu werden und auch nicht nur als ein elterliches Objekt gegenüber einem kindlichen Patientenzustand.

---

<sup>1</sup> Lediglich der einfacheren Verstehbarkeit wegen wurde in der deutschen Übersetzung die männliche Form gewählt.

Im therapeutischen Kontakt arbeitet der Therapeut sehr viel mit seinen Gegenübertragungserfahrungen, mit seinen Gefühlen und Gedanken. Die Reflexion in der Supervision oder Intervision ist dabei wichtig,

1. um dem Therapeuten eine optimale Positionierung zu ermöglichen und
2. ihm ein Verständnis für seine Gefühle und Gedanken zu ermöglichen.
3. Um die Arbeit mit einem entwicklungsorientierten Fokus zu halten und
4. den Sinn für Zeit in einer zeitlich begrenzten Therapie zu erhalten.

Dabei gilt es oft, viel Angst auszuhalten. Der Therapeut muss die Versuchung überwinden und zumindest verzögern, aus Angst ganz schnell zu arbeiten und „Alles“ zu behandeln. Stattdessen geht es darum, in die Tiefe zu gehen, immer wieder auf den Fokus zurückzukehren, um die Ängste in größerer Tiefe zu erforschen und damit ihre Bedeutung für die psychische Entwicklung zu verstehen. Es ist wichtig, angesichts wiederkehrender Schwierigkeiten mit aufregenden, selbstzerstörerischen Handlungen nicht die Geduld zu verlieren. Ebenso ist es auch wichtig, die Fähigkeit zu entwickeln, Veränderung und Wachstum zu erkennen. Das ist nicht einfach, da oft vorsichtiges oder zerbrechlich erscheinendes Wachstum zunächst zweideutig erscheinen kann, entweder als Entwicklung oder aber als Abwehr.

Der Umgang mit der Übertragung ist auch ein wichtiger Aspekt. In der TAPP wird die Übertragungsdeutung in erster Linie zur Verbesserung der Arbeit mit dem Entwicklungsprozess und zum Austarieren der konflikthafter Gleich- oder Ungleichgewichte verwendet. Für den Jugendlichen liegen diese internen Konflikte zwischen Abhängigkeit gegenüber Unabhängigkeit und Intimität gegenüber Getrenntheit. Übertragungsdeutungen können ähnliche Muster oder Gemeinsamkeiten in den Beziehungen im Behandlungsraum und den infantilen Aspekten des Selbst und/oder der sozialen Welt des Jugendlichen hervorheben (Menninger und Holzmann 1977). Übertragungsdeutungen, die Verbindung zu Objekten ansprechen, Ängste und Abwehren adressieren, werden förderlich in Bezug auf die jugendliche Entwicklung formuliert und können daher eine Vorwärtsorientierung haben. Sie beinhalten in der Regel die Identifizierung der Position des Jugendlichen in Bezug auf Getrenntheit und Abhängigkeit von Erwachsenen, die vom Spektrum der Verschweigung / Verstrickung bis zum Rückzug aus den Beziehungen zu anderen reicht. In einigen TAPP-Fällen werden Übertragungsdeutungen häufig durchgeführt, in anderen jedoch selten.

TAPP wendet den entwicklungspsychologischen Ansatz an, indem es das Angebot eines therapeutischen Raumes für den Jugendlichen allein betont. Dies schließt die Eltern jedoch nicht aus; die Arbeit mit den Eltern erfolgt neben der TAPP-Therapie. Bei jüngeren Jugendlichen wird eine stärkere Einbeziehung der Eltern erwartet, einschließlich mindestens eines Treffens mit den Eltern während der diagnostischen Phase. Eltern werden idealerweise von einem Kollegen des Therapeuten, der mit dem Jugendlichen arbeitet, gesehen. Manchmal kann die Elternarbeit neben der TAPP-Therapie fortgesetzt werden, d.h. der therapeutische Fokus wird dabei auf die Erfahrungen der Eltern mit ihrem Jugendlichen

gelegt. Der wesentliche Fokus aber bleibt, wie junge Menschen und ihre Eltern den Prozess der größeren Getrenntheit durch den jugendlichen Entwicklungsprozess erleben. Daraus erfolgen die Überlegungen, wie die Eltern einbezogen werden können. Für ältere Jugendliche (über 16 Jahre in Großbritannien), bei denen eine größere Getrenntheit erwartet wird - oder wünschenswert ist - wird der Jugendliche in der Regel über die Beteiligung der Eltern zuvor befragt.

### **Die Bedeutung von suizidalem und selbstschädigendem Verhalten und Gedanken in der Adoleszenz**

TAPP legt die Betonung auf das Konzept, psychische und soziale Probleme in der Adoleszenz als Manifestationen von Störungen des jugendlichen Entwicklungsprozesses zu sehen. Dies fördert das Verständnis selbstzerstörerischen Verhaltens in der Adoleszenz. Aus dieser Perspektive ist Suizidalität eine Antwort auf oder ein Lösungsversuch von Schwierigkeiten, die im Entwicklungsprozess auftreten. Es gibt mehrere Aspekte dazu:

*Suizidgedanken und suizidale Verhaltensweisen weisen auf einen Zusammenbruch der psychischen Entwicklung hin.*

Der außerordentlich komplexe adoleszente Entwicklungsprozess ist eine starke Kraft für Wachstum und Reifung und bietet die Möglichkeit, die Entwicklung in Richtung der Eigenständigkeit und der Aufnahme von erwachsenen Rollen zu erreichen. Dieser Prozess bietet Chancen und er erzeugt auch eine enorme Verwundbarkeit. Neue Wege, sich auf sich selbst und andere zu beziehen, müssen gefunden werden, wenn kindliche Formen der Beziehung und der kindlichen Abwehr angesichts der emotionalen Auswirkungen des postpubertären Wandels unzureichend sind. Abwehren in der frühen Adoleszenz neigen dazu, "primitiver" zu sein, was die Zunahme der Verfolgungsangst widerspiegelt. Hierzu gehören Spaltung, Projektion, projektive Identifizierung und Verweigerung.

Der Durchgang durch den adoleszenten Prozess der Veränderung ist schwankend und macht Angst. Zwei Abwehrpositionen entstehen, wenn Jugendliche die Schmerzen des Wachstums, der Veränderung und des Getrenntheitserlebens nicht ertragen können. Entweder sie ziehen sich in die Sicherheiten der Kindheit zurück, trennen sich nicht von den elterlichen Objekten, oder aber, alternativ, sie schießen in Richtung der Frühreife oder in ein Pseudo-Erwachsensein hinein, leugnen die Abhängigkeit von Erwachsenen und die Verletzbarkeit in der Bindung an andere. Die meisten jungen Menschen schwanken zwischen diesen Abwehrpositionen mit etwas Flexibilität. Diejenigen mit mehr Schwierigkeiten können auf beiden Seiten dieses Konflikts stecken bleiben.

Suizidgedanken, -gefühle und suizidale Verhaltensweisen entstehen als Abwehr gegen das Gefühl, von den Anforderungen des Wachstums und des Wandels überwältigt zu werden, wenn die Aufgaben des Erwachsenwerdens unmöglich erscheinen. Sam, ein 15-jähriger, sagt zum Beispiel in der diagnostischen Phase einer Psychotherapie, "...dass er Druck von allen Seiten seines Lebens hat und alles auseinanderfällt". Sam wurde schnell verzweifelt und

weinerlich. Er hat "Druck von allen Seiten" und "alles fällt auseinander". Er fühlt sich, als ob er in der Schule versagt, und „wenn er sich auf eine Sache konzentriert, dann zerbröselt alles andere“. Er sagt, er habe einen „völligen Zusammenbruch“, weint und kann nicht schlafen, voller Angst, zu versagen. Er ist sehr besorgt über seine schulischen Leistungen, aber auch, kein soziales Leben zu haben und nicht in der Lage zu sein, mit seinen Eltern zu kommunizieren. Er sagt, er denke an Suizid, dies sei eine „logische Lösung“, aber auch egoistisch.

Innerlich handelt es sich bei diesem Zustand oft um eine Beziehung zu einem verinnerlichten Elternteil, der als gescheitert angesehen wird oder gegen den man einen Vorwurf hat. So haben bereits Moses Laufer und andere (Laufer und Laufer 1989) darüber diskutiert, dass der Suizid in der Adoleszenz zugleich ein Angriff auf das Körperselbst ist, zudem ein Angriff gegen die realen Eltern, wie auch gegen internalisierte Elternanteile.

Suizidgedanken sind in der Adoleszenz häufig. Das Wissen um den Tod und die Realität des eigenen Todes ist eine Wahrnehmung, ein endliches und einzigartiges Leben zu haben. Omnipotente adoleszente Abwehren (wie sie sich auch in populären Liedern ausdrücken) rebellieren gegen diese Realität. "Die Frage nach Leben und Tod, mit ihrer Korrespondenz – die Möglichkeit des Suizids – steht im Mittelpunkt der Adoleszenz. Sie erscheint als eine notwendige Frage für die Subjektwerdung eines jeden Jugendlichen. Wie investiert man ins Leben, wie kann man ihm einen positiven Wert geben, ohne dem eigenen Leben zuvor eine Grenze zu setzen?" (Ladame 2011).

Auch die Abgrenzung und Überschneidung von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten spielt in der Konzeption der TAPP eine entscheidende Rolle. Wir vertreten die Idee, dass beide Entitäten gerade in der Adoleszenz zusammen betrachtet werden müssen. Die Vorstellung einer nicht-suizidalen Selbstverletzung erscheint klinisch bedenklich, da rein die Methode der Selbstverletzung, gestützt durch Forschungsergebnisse, ein schlechter Indikator für das Ergebnis im Sinne der Lebensgefahr ist (Hawton et al. 2015, Kapur et al. 2013) und Jugendliche oft zwischen verschiedenen und auch mehreren Methoden wechseln (Briggs et al. 2017). Bei der Arbeit sowohl mit Suizidalität, als auch mit Selbstverletzung geht es in erster Linie darum, die Bedeutung, einschließlich der unbewussten Bedeutung, des Verhaltens zu verstehen und durch wiederholte therapeutische Sitzungen zu beurteilen, ob die Therapie eine ausreichende Eindämmung bietet, d.h. die Möglichkeit bietet, über die Risiken eines potenziell selbstzerstörerischen Verhaltens zu sprechen und nachzudenken. Suizidales Agieren (und andere Symptome) werden also als Störung des jugendlichen Entwicklungsprozesses verstanden, wie andere vorgeschlagen haben (z.B. Laufer & Laufer 1989, Ladame 2008).

*Drittens gibt es eine soziale oder gruppenbezogene Dimension des adoleszenten Suizids und der Selbstverletzung.*



Die Rate an Selbstverletzungen (d.h. jede Handlung, die gegen das Selbst gerichtet ist, gleich aus welchem Motiv und mit welchen Mitteln) nimmt zu. Es gibt soziale und gruppenbezogene Aspekte der Suizidalität in der Adoleszenz, die auch online-bezogene Kommunikation oder "Virtualisiertheit" beinhaltet. Die soziale Dimension des zeitgenössischen Suizidverhaltens ist komplex und beinhaltet erstens projektive Identifizierung in der Gruppendynamik (Goldblatt et al 2015), zweitens eine "Verbindung" (Motz 2009), nicht unähnlich dem Verständnis antisozialer Tendenzen bei Winnicott. Diese Verbindung stellt sowohl ein Zeichen der Hoffnung dar als auch einer lebensfeindlichen Verbundenheit mit einer unterdrückenden Autorität. Drittens stellt die soziale Dimension adoleszenter Suizidalität den Zusammenbruch der verbalen Kommunikation dar, bei dem der Körper gebraucht wird, um Sinn auszudrücken.

*Viertens ist Suizidalität in der Adoleszenz ein Zeichen für das Versagen von „Containment“.* Containment verstehe ich in Bions Sinn, der der „containenden“, d.h. aufbewahrenden Funktion der Mutter zuschrieb, „Beta-Elemente“ in „Alpha-Elemente“ zu verwandeln. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, Namen und Bedeutungen für emotionale Erfahrungen zu finden. Ein Kernaspekt hierfür ist die Unterstützung darin, von einem rein körperlichen Zustand in einen psychischen Zustand zu kommen, und dadurch in die Lage versetzt zu werden, über emotionale Zustände nachzudenken. Suizidale und selbstschädigende psychische Zustände drücken Emotionalität als einen körperlichen Zustand aus (in Bezug auf den Körper, die Investition des Körpers mit Aspekten der inneren Objekte und Identifikationen). Das Ziel der Therapie ist es, die dynamischen oder Beziehungsprozesse in Verbindung mit dem Körper verbal und psychisch auszuhalten und zu verarbeiten.

### **Kasuistik: Die Psychotherapie mit suizidalen / selbstverletzenden Jugendlichen in der TAPP**

Das folgende Fallbeispiel illustriert, wie in der TAPP mit suizidalen, selbstverletzenden Jugendlichen gearbeitet wird. Dabei soll das Augenmerk auf die durch die TAPP angestoßenen Entwicklungsprozesse in der therapeutischen Beziehung gelegt werden, die Bedeutung des suizidalen Verhaltens dieses Patienten als eine Störung des adoleszenten Entwicklungsprozesses verstanden werden.

#### *Fallbeispiel: Tanja*

Tanja ist eine Spätadoleszente, die die sich in Therapie begab, als sie sich in einem Brückenjahr zwischen Schulzeit und Universität befand. Tanja, 18, war in dieser Situation mit intensiven Schwierigkeiten in ihrem Leben konfrontiert, die sich in wiederholten Suizidversuchen, Selbstverletzungen und Depressionen zeigten. Sie hatte Angst, auf sich selbst gestellt zu sein, dies deprimierte sie und machte sie panisch. In solchen Situationen verletzte sie sich selbst durch Schneiden, um Erleichterung in einem Zustand der Überwältigung zu finden.

#### *Diagnostische Phase*

Bei der TAPP besteht der diagnostische Prozess aus 4 wöchentlichen Sitzungen; Ziel ist es, den jungen Menschen ein Erlebnis des therapeutischen Prozesses zu vermitteln und den Jugendlichen aktiv mit dem Therapeuten und dem Fokus der Therapie zusammenzubringen. Diese Phase ermöglicht auch eine sehr kurze Intervention und eine Option für beide Seiten, die Therapie nicht fortzusetzen. In der TAPP wird das Angebot einer weiteren Psychotherapie in der dritten Sitzung gemacht und die Entscheidung in der vierten Sitzung nochmals besprochen.

Tanja begann die diagnostischen Gespräche eifrig, aber ängstlich. Sie vermittelte in der Art, wie sie mit mir (SB) im Zimmer saß ein weiches, fast schlaffes Gefühl. Sie hat weiche Züge, ist von gemischter ethnischer Herkunft und ziemlich groß. Sie brach schnell in Tränen aus. Ihre Tränen schienen förmlich aus ihren Augen zu springen, als sie über ihre Depression und Suizidimpulse sprach. Sie erzählte mir, dass sie zuvor fünf Suizidversuche gemacht hatte, nachdem sich ihre Eltern geschieden hatten. Der letzte Suizidversuch fand gerade vor einem Monat statt, als ihre Freundin sagte, sie wollte die Beziehung mit ihr beenden. Ihr Erleben von Zeit berührte mich, Zeit schien verwirrt oder verzerrt zu sein. Tanja sagte, sie wüsste, dass sie Hilfe brauchte sie wollte diese "dummen" Gefühle aufhalten – das sagte sie mit gewisser Wucht –, aber sie sagte auch, dass sie nicht verstehen würde, wie eine Therapie helfen könnte. Sie habe früher mal eine Beratung mitgemacht. Der Berater sei "unhöflich" und 'blöd' gewesen. Ich sagte, dass sie ziemliche Zweifel daran habe, ob die Therapie ihr helfen kann. Aber um zu versuchen, ihr zu helfen, müsse ich etwas mehr über sie erfahren. Dies führte zu einer vorübergehenden Sackgasse zwischen uns. Sie wollte, dass ich Fragen stelle und ich sagte, dass ich es vorziehe, von ihr ihre eigene Version der Dinge zu hören.

Sie erzählte mir dann von ihrer Familie, ihrer Ausbildung und ihren Hoffnungen für die Zukunft. Sie hatte ein gutes Abitur geschafft und nun einen Studienplatz bekommen, aber sie fühlte sich nicht in der Lage, sich von zu Hause zu trennen und ihre Mutter zu verlassen, mit der sie eine verstrickte Beziehung zu haben schien. Sie sagte, dass ein Studium ein Imperativ für sie sei und dass sie diese "dummen" Gefühle dann nicht würde gebrauchen können. Es schien ihre bevorzugte Art des Umgangs mit emotionalen Schwierigkeiten zu sein zu versuchen, diese durch massives Agieren loszuwerden – oder sie zu „entsorgen“.

Die autoaggressiven Imperative, die sie benutzte, namentlich ihre häufige Verwendung des Wortes "dumm", schienen mit ihrer Sicht über ihre Beziehung zu ihrem Vater verbunden zu sein, den sie selten sah und über den sie sagte, er ließe sie immer warten. Er rühre Hoffnungen und ließe sie dann fallen. Sie war wütend auf ihn und beschrieb ihn als "erbärmlich" und als "Platzverschwendung", wobei es mich berührte, wie sehr sie sich selbst als „Platzverschwendung“ erlebte, wenn sie allein war. Sie sagte, dass sie leicht in einen panischen Zustand geraten könnte, wenn jemand sie warten ließ, oder wenn sie fühlte, dass sie enttäuscht wurde. Gerade vor ein paar Wochen habe ihre Freundin sie derartig enttäuscht, dass sie sich mit Paracetamol intoxicierte.

Ein Schwerpunkt in der Intervention nach dieser Sitzung lag auf den suizidalen Risiken, die sich zeigen und den Möglichkeiten weiterer Selbstschädigungen und suizidaler Intoxikationen. Die Gruppe wurde von der Art berührt, wie sie ihre Aufregung und Enttäuschung über ihren Vater äußerte, und fragte sich, ob ihre Angst vor der Therapie einer ähnlichen Dynamik unterworfen sein könnte. Es war nicht klar, ob Tanja in einen therapeutischen Prozess eintauchen würde oder dies überhaupt könnte. Unklar schien auch, ob sie angesichts ihres psychischen Zustandes und ihrer Tendenz zu suizidalem Verhalten in der ambulanten Psychotherapie hinreichend gehalten sein könnte. Die Gruppe dachte, dass die Fortsetzung der diagnostischen Phase der beste Weg sei, um diese Fragen zu klären.

Tanja kam wieder, um die diagnostischen Stunden fortzusetzen. In dieser zweiten Stunde war sie ganz anders, wie es bei Jugendlichen oft der Fall ist. Sie erschien mehr zusammengehalten, weniger schlaff und mehr "muskulös-gespannt". Sie sagte, sie habe eine bewusste Anstrengung gemacht, nicht über „alles zu heulen". Sie hatte auch einen Job in einem Büro gefunden, der ihr Freude machte. Dies löste ein energetisches und optimistisches Gefühl im Therapieraum aus, das zudem etwas Aggression gegenüber der Therapie beinhaltete. Sie schien einen Versuch zu machen, sich aktiv für ihre Entwicklung einzusetzen und die therapeutische Arbeit zu beginnen. Sie nahm sich zusammen aber versuchte auch, sich jeden Grundes für Verlegenheit, Verwundbarkeit und Schande vor ihrem Therapeuten zu „entledigen“ und vor diesen schwierigen Gefühlen und Erfahrungen wegzulaufen.

In der dritten diagnostischen Sitzung kam Tanja von der Arbeit und sah ziemlich energiegeladen aus, sie trug einen Anzug. Sie sagte, sie wollte unbedingt zu ihrer Therapiesitzung kommen, und dass sie daran bereits während der Woche gedacht hatte. Sie beschrieb eine Reihe von positiven Erfahrungen: Die Arbeit war gut, sie war immer gut mit ihrer Mutter und ihrer Freundin zurechtgekommen und ihr Vater hatte versucht, sie zu kontaktieren. Ich sprach diese plötzlichen Veränderungen zum Besseren an, und Tanja ging darauf ein, indem sie sagte, sie habe – ungewöhnlich für sie – über die Zukunft nachgedacht, darüber, Kinder zu haben. Ich fragte, wie das zu ihrer Partnerwahl passen würde, und sie sagte, dass sie nicht vorhabe, in einer lesbischen Beziehung zu bleiben, sie „mag Männer“ und würde dies in ihrer eigenen Geschwindigkeit entscheiden. Dieses Gespräch war ziemlich kraft- und temperamentvoll, sie neckte gern etwas und offenbarte einen ziemlich scharfen Sinn für Humor. Die Sitzung endete mit einer gemeinsamen Überlegung, ob sie wirklich Therapie machen möchte und für wie lange. Tanja bekräftigte ihren Wunsch, „alles zu klären“, bevor sie zur Universität ging. Die Psychotherapie wurde ihr angeboten, für 16 Sitzungen, bis zum Start des Studiums.

Die Interventionsgruppe diskutierte über die Art der Veränderung in Tanjas Erscheinung, die als Hinweis auf eine recht frühe intensiven Bindung an die Therapie gesehen wurde. Es wurde überlegt, dass die Geschwindigkeit dieser Veränderungen ein weiterer Hinweis auf ihr "Entsorgen" war, weniger auf eine Verbesserung ihres Umgangs mit ihrer Emotionalität. Die

Gruppe diskutierte auch Tanjas scheinbar ungeklärte Partnerwahl und ihre Sexualität. Es gab erhebliche Zweifel an der Angemessenheit einer zeitlich begrenzten Therapie, aber es wurde auch angenommen, dass die Struktur des Modells eine Gelegenheit bieten könnte, einige von Tanjas Widersprüchen zu „containen“ und so eine Möglichkeit zu mehr innerer Nachdenklichkeit zu schaffen. Dies müsste der Schwerpunkt für die Therapie sein.

Als Tanja zu ihrer vierten diagnostischen Stunde kam, befürchtete sie zunächst, dass dies die letzte Stunde sein könne. Sie wirkte passiv und suchte Orientierung. Sie wurde dann aufgeregt und kehrte zur "Schlaffheit" des ersten Gespräches zurück. Sie sprach über eine Krise mit ihrer Freundin. Sie war am Wochenende bei ihr geblieben, geriet in Panik, wollte nach Hause gehen und fühlte sich gefangen. Sie hatte beschlossen, ihre Freundin „zu entsorgen“ und war nach Hause gegangen. Ich sprach mit ihr über die Plötzlichkeit ihrer Entscheidungsfindung und den Unterschied zwischen ihrer Vorstellung, wie sie es in der vergangenen Woche ausgedrückt hatte, ihre Beziehungen in ihrer eigenen Geschwindigkeit zu gestalten, und der Panik, die sie nun gerade überwältigt hatte. Tanja lehnte diese Zusammenhänge ab, die ich zur letzten Stunde gezogen hatte, und sagte, sie „weiß“, dass sie aus dieser Beziehung herauskommen muss, andernfalls würde sie gefangen bleiben. Ich verstand dies als ein Bedürfnis nach allmächtigen Lösungen, anstatt in Ruhe nachzudenken.

Das Angebot der zeitlich begrenzten Therapie für Tanja beinhaltete einige Risiken. In einem gewissen Ausmaß bedeutete dies, mit den Imperativen mit zu agieren, die sie vorgab. Der Fokus auf die aktuelle psychische Entwicklung war klar, jedoch nicht sehr ermutigend. Es schien allerdings, dass Tanja einige deutliche – allerdings heftige und handlungsorientierte – Bemühungen machte, sich für die Therapie zu öffnen und zu versuchen, ihre Entwicklungsschwierigkeiten zu bewältigen.

### *Therapie*

Tanja kam zu allen 16 Sitzungen. Es gab keine weiteren Suizidversuche, und obwohl sie nicht gern über ihre Selbstverletzungen sprach, schienen auch diese seltener zu werden. Es entwickelte sich eine positive Übertragung. Sie sprach immer positiver über ihren Vater, der weniger eine „Platzverschwendung“ zu sein schien, und strebte danach, eine heterosexuelle Beziehung zu haben. Es blieb weiterhin schwierig, über die therapeutische Beziehung zu sprechen. Tanja entwickelte eine bessere Fähigkeit nachzudenken, auch wenn sie unter emotionalem Druck war. In der vierten Therapiesitzung erzählte sie folgende Geschichte: Ein Telefongespräch mit einem Freund hinterließ sie so ängstlich und verärgert, dass sie im Begriff war, panisch nach Hause zu laufen, wo sie sich wahrscheinlich selbst verletzen würde. Stattdessen schaffte sie es, diesen Impuls zu überprüfen. Sie sah ein Café und ging dorthin. Sie beruhigte sich und sagte, sie habe es wirklich geschafft, auf eigenen Füßen zu stehen. Obwohl es nicht direkt ausgesprochen werden konnte, schien es so, als dass sie in die Lage kam, an die Therapie zu denken, was ihre Fähigkeit stärkte, allein zu sein.

Anstatt über diese inneren Entwicklungen zu sprechen, zu denen sie keinen direkten emotionalen Zugang zu haben schien, sagte Tanja mir, dass sie sich besser fühlte und schon dachte, es läge an der Therapie, aber keine Ahnung hätte, woran genau. Sie kam sehr gern zur Behandlung, konnte aber nicht verstehen, was ich „tat“, damit sie sich so viel besser fühlte. Von diesem Punkt an konzentrierte sich die therapeutische Arbeit mit Tanja auf die Frage ihres Wissens, oder Nicht-Wissens, was in ihrem Kopf geschah und wie sie selbst besser verstehen konnte, wie Ereignisse, einschließlich Interaktionen in Beziehungen, bei ihr "Gefühle" verursachten. Tanja konnte nur sehr langsam über diese Dinge reden, vielleicht, weil sie zu vermeiden versuchte, eine allmächtige Abwehr und auch die Idealisierung von mir aufzugeben. Ihre Fähigkeit zur Ironie und zum temperamentvollen Gespräch sah ich als Attribute, die diese Prozesse erleichterten.

Das Ende der TAPP-Therapien ist in der Regel intensiv, da die Auswirkungen der Trennung vom Therapeuten die Entwicklungsprobleme des Jugendlichen widerspiegeln. Oft kommt es zu einer Rückkehr zur Dynamik der frühen Sitzungen. Tanja wurde in den Stunden wieder "schlaff" und deprimiert. Es war möglich, einen Zusammenhang zwischen ihren Gefühlen und dem Ende der Therapie zu ziehen. Sie konnte auch ihre Sitzungen nutzen, um vorausschauend über ihren Übergang zur Universität und ihren Bedarf an weiterer Therapie nachzudenken. Sie sprach nur indirekt über ihre Ängste gegenüber unserem Abschied, indem sie über ihre Erfahrungen berichtete, bei der Arbeit aufzuhören. Sie hatte erwartet, dass die Arbeitskollegen mit ihr strafend umgehen würden. Als sie aber deren beste Wünsche erhielt und Dank für ihre Arbeit, war diese Wertschätzung für sie eine Überraschung.

Tanja ist ein Beispiel für einen Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, der sich von zerstörerischen Beziehungsformen abwenden konnte. Die Psychotherapie (TAPP) spielt eine Rolle bei der Veränderung scheinbar tief verankerter selbstzerstörerischer Muster, indem der Fokus auf Entwicklungswachstum und Veränderung gelegt wird.

Im Nachsorgetermin, 6 Wochen nach dem Ende der Therapie, beschrieb sie, wie sie bereit war, den Übergang zur Universität zu schaffen, mit etwas Angst, aber dem Gefühl, den Schritt von zu Hause weg machen zu können, und sie reflektierte, dass ihre Therapie ihr geholfen hatte, sich selbst und ihre Gefühle auf eine andere und weniger destruktive Weise zu verstehen.

## Fazit

In diesem Artikel haben wir TAPP, eine Methode der zeitlich begrenzten Psychotherapie für Jugendliche, beschrieben und diskutiert, wie sie auf die Arbeit mit suizidalen Jugendlichen anwendbar ist. Dies wurde anhand eines detaillierten Fallbeispiels veranschaulicht, das die Funktionsweise des TAPP-Ansatzes in der Praxis veranschaulicht, einschließlich der diagnostischen Einschätzung und der Entwicklung eines Engagements des Jugendlichen i.S. einer Übertragungsbeziehung im Rahmen von 16 regelmäßigen, wöchentlichen Sitzungen; die Dauer der Therapie wird dabei während der diagnostischen Phase festgelegt. TAPP

wendet die Schlüsselprinzipien der zeitlich begrenzten Therapie an: Ziele, Fokus, Technik und Beendigung sind die Schlüsselp Parameter. Derzeit gibt es immer noch wenig zeitlich begrenzte Modelle für die Arbeit mit jungen Menschen, und TAPP zeichnet sich durch seinen Ansatz aus, therapeutische Übertragungsallianzen mit jungen Menschen zu erarbeiten. Im Mittelpunkt dieser Methode steht die Identifizierung eines Entwicklungsschwerpunktes, in dem Symptome und problematische Verhaltensweisen als Manifestationen von Störungen des jugendlichen Entwicklungsprozesses verstanden werden. Durch die Arbeit mit dem Fokus soll Jugendlichen geholfen werden, die Fähigkeit zum Wachstum zu finden oder wiederherzustellen. Das Fallbeispiel beschreibt und demonstriert dies durch Tanjas Abkehr von einer destruktiven Beziehungsgestaltung und ihre zunehmende Fähigkeit, die Herausforderungen ihrer Entwicklung zu bewältigen, einschließlich einer stärkeren Getrenntheitserfahrung von anderen.

## Literatur

- Anderson R (2012) Eine psychoanalytische Untersuchung des Suizids in der Adoleszenz. In: Briggs S, Lemma A, Coruch W (Hrsg.): Suizid und Suizidalität. Psychoanalytische Behandlung, Prävention und Theorie. Frankfurt: Brandes & Apsel, S. 105-122
- Briggs S (2002) Working with Adolescents. A Contemporary Psychodynamic Approach. Hampshire: Palgrave Macmillan
- Briggs S (2013) Manual for time limited adolescent psychodynamic psychotherapy, (TAPP). Unpublished manuscript
- Briggs S, Lyon L (2011) A developmentally focussed time-limited psychodynamic psychotherapy for adolescents and young adults: Origins and application. *Adolescence* 76: 415–434.
- Briggs S, Maxwell M, Keenan A (2015) Working with the complexities of adolescent mental health problems: applying time-limited adolescent psychodynamic psychotherapy (TAPP). *Psychoanalytic Psychother* 29(4):314-329
- Briggs, S., Slater, T., Bowley, J. (2017) Practitioners' experiences of adolescent suicidal behaviour in peer groups, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 5, 261–331, DOI: 10.1111/jpm.12388
- Catty, J., Cregeen, S., Hughes, C., Midgley, N., Rhode, M. Rustin, M. (2016) Short-term Psychoanalytic Psychotherapy for Adolescents with Depression: A Treatment Manual. London, Karnac Books
- Davanloo, H. (1980) Short-term Dynamic Psychotherapy, New York: Aronson
- Fiedler G, Altenhöfer A, Gans I et al. (2007) Suizidalität und Psychotherapie. Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete. *Suizidprophylaxe* 34(3):113 – 122
- Gerisch B, Fiedler G, Gans I et al. (2000): "Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab": Zur psychoanalytischen Konzeption und der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Kimmerle G (Hrsg.): Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Reihe Anschlüsse, Bd. 4. Tübingen: edition diskord, S. 9-64
- Goldblatt M, Briggs S, Lindner R (2015) Destructive Groups: The Role of Projective Identification in Suicidal Groups of Young People. *Brit J Psychother* 31:(1)38–53
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J. and Kapur, N (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders*, 175(0), 147-15
- Jacobs TJ (2000) Unbewusste Kommunikation und verdeckte Enactments im analytischen Setting. In: Streeck U (hrsg.): *Erinnern, Agieren und Inszenieren*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, S. 97-126
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R., Hawton, K. (2013) Non-suicidal self-injury v.

attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry* May 2013, 202 (5) 326-328;

Klüwer R (2001). Szene, Handlungsdialog (Enactment) und Verstehen. In Bohleber W, Drews S (Hrsg.): *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart* (S. 347 - 357). Stuttgart: Klett-Cotta

Ladame F. (2008) Treatment Priorities after Adolescent Suicide Attempts in Briggs, S. Lemma, A., Crouch, W. (eds.) *Relating to self-harm and suicide: psychoanalytic perspectives on theory, practice and prevention*, London, Routledge

Ladame F (2011) Du nouveau sous le soleil? *Adolescence* 76:231-236

Laufer M, Laufer ME (1989) *Adoleszenz und Entwicklungskrise*. Stuttgart: Klett-Cotta

Lemma A, Target M, Fonagy P (2011) *Brief dynamic interpersonal therapy; a clinician's guide*. Oxford: Oxford University Press

Lindner R, Schneider B (2016) Psychotherapie der Suizidalität. *Nervenarzt* 87: 488-495

Malan, D. (1976) *The Frontier of Brief Psychotherapy*, New York: Plenum Press

Mann, J. (1973) *Time-limited Psychotherapy*, Cambridge MA: Harvard University Press

Menninger KA, Holzman PS (1977) *Theorie der psychoanalytischen Technik*. Stuttgart-Bad Cannstadt: Frommann-Holzboog

Motz A (ed.) (2009) *Managing Self-Harm: Psychological Perspectives*. London: Routledge

Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1304–1313.

Scheffler G. (2000) Time limited psychotherapy with Adolescents *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 9, 88-99

Stadter, M. (2009) *Object Relations Brief Therapy: the therapeutic relationship on short-term work*, New York: Jason Aronson

Strupp, H. & Binder, J. (1984) *Psychotherapy in a new key, A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, New York: Basic Books

### **Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Stephen Briggs  
 Center for Social Work Research  
 Cass School of Education and Communities  
 University of East London  
 Stratford Campus  
 Water Lane  
 London  
 E15 4LZ  
 Tel.: 00442082234266  
 Mail: s.briggs@uel.ac.uk